

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1921

THÈSE

N°

172

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Paul MAUPETIT**

Né à PONTVALLAIN (Sarthe) le 27 Juillet 1892

---

DE LA RESTAURATION  
DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

---

ÉTUDE D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ

---

PRÉSIDENT : M. SEBILEAU, *Professeur*

---

ANGERS

F. & J. LECOQ, IMPRIMEURS-LIBRAIRES

II, RUE BEAUREPAIRE, II

---

1921



172

THÈSE  
POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Paul MAUPETIT**

Né à PONTVALLAIN (Sarthe) le 27 Juillet 1892

DE LA RESTAURATION  
DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

ÉTUDE D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ

PRÉSIDENT : M. SEBILEAU, *Professeur*



ANGERS

F. & J. LECOQ, IMPRIMEURS-LIBRAIRES

11, RUE BEAUREPAIRE, 11

1921

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER.

## PROFESSEURS :

|                                                    |                |
|----------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie .....                                     | MM. NICOLAS.   |
| Anatomie médico-chirurgicale .....                 | CUNEO.         |
| Physiologie .....                                  | CH. RICHET.    |
| Physique médicale .....                            | ANDRÉ BROCA.   |
| Chimie organique et Chimie générale .....          | DESGREZ.       |
| Bactériologie .....                                | BEZANÇON.      |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale ..... | BRUMPT.        |
| Pathologie et Thérapeutique générales .....        | MARCEL LABBÉ.  |
| Pathologie médicale .....                          | RENON.         |
| Pathologie chirurgicale .....                      | LECENE.        |
| Anatomie pathologique .....                        | LETULLE.       |
| Histologie .....                                   | PRENANT.       |
| Opérations et Appareils .....                      | DUVAL.         |
| Pharmacologie et Matière médicale .....            | POUCHET.       |
| Thérapeutique .....                                | CARNOT.        |
| Hygiène .....                                      | BERNARD.       |
| Médecine légale .....                              | BALTHAZAR.     |
| Histoire de la Médecine et de la Chirurgie .....   | MENETRIER.     |
| Pathologie expérimentale et comparée .....         | ROGER.         |
| Clinique médicale .....                            | ACHARD.        |
|                                                    | WIDAL.         |
|                                                    | GILBERT.       |
|                                                    | CHAUFFARD.     |
|                                                    | MARFAN.        |
|                                                    | NOBECOURT.     |
|                                                    | DUPRÉ.         |
|                                                    | JEANSELMÉ.     |
|                                                    | P. MARIE.      |
|                                                    | TESSIER.       |
|                                                    | DELBET.        |
|                                                    | LE JARS.       |
|                                                    | HARTMANN.      |
|                                                    | GOSSET.        |
|                                                    | DE LAPERSONNE. |
|                                                    | LEGUEU.        |
|                                                    | BAR.           |
|                                                    | COUVELAIRE.    |
|                                                    | BRINDEAU.      |
|                                                    | J.-L. FAURE.   |
|                                                    | AUGUSTE BROCA. |
|                                                    | VAQUEZ.        |
|                                                    | SEBILEAU.      |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

|               |                    |                 |              |
|---------------|--------------------|-----------------|--------------|
| MM. ABRAMI.   | MM. DUVOIR.        | MM. LARDENNOIS. | MM. RATHERY. |
| ALGLAVE.      | FIESSINGER.        | LE LORIER.      | RETTERRER.   |
| BASSET.       | GARNIER.           | LEMIERRE.       | RIBIERRE.    |
| BAUDOIN.      | GOUCEROT.          | LEQUEUX.        | RICHAUD.     |
| BLANCHETIERE. | GRÉGOIRE.          | LEREBoullet.    | ROUSSY.      |
| BRANCA.       | GUÉNIOT.           | LÉRY.           | ROUVIÈRE.    |
| CAMUS.        | GUILLAIN.          | LEVY-SOLAL.     | SCHWARTZ.    |
| CHAMPY.       | GUILLEMINOT.       | MATHIEU.        | TANON.       |
| CHEVASSU.     | HEITZ-BOYER.       | METZGER.        | TERRIEN.     |
| CHIRAY.       | JOYEUX.            | MOCQUOT.        | TIFFENEAU.   |
| CLERC.        | LABBÉ (HENRI).     | MULON.          | VILLARET.    |
| DEBRÉ.        | LAIGNEL-LAVASTINE. | OKINCZYC.       |              |
| DESMAREST.    | LANGLOIS.          | PHILIBERT.      |              |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE CHARLES

Étudiant en Droit à l'Université Catholique d'Angers

Mort au Champ d'Honneur (Octobre 1918)

A MES FRÈRES ROBERT ET ANDRÉ

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
ET DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ  
DE MÉDECINE DE PARIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIERRE SEBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Directeur de l'École d'Anatomie des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Je le remercie de la nouvelle  
marque de bienveillance qu'il me  
donne en acceptant la présidence de  
ma thèse.*

A MON MAÎTRE

Monsieur le Professeur MONPROFIT

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien en Chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers

Officier de la Légion d'Honneur

Décoré de la Croix de Guerre

ET A MES CAMARADES DE COMBAT  
MESSIEURS LES OFFICIERS ET SOLDATS DES

24<sup>e</sup> Régiment d'Infanterie coloniale  
(4 Septembre 1914 — Juin 1916)

Ambulance chirurgicale 2/72  
(Juin 1916 — Septembre 1916)

365<sup>e</sup> Régiment d'Infanterie  
(Septembre 1916 — Avril 1917)

1<sup>er</sup> Régiment d'Infanterie coloniale  
(Mai 1917 — Novembre 1917)

54<sup>e</sup> Régiment d'Infanterie coloniale  
(Novembre 1917 — Décembre 1917)

Hôpital temporaire n° 8  
(Décembre 1917 — Avril 1918)

3<sup>e</sup> Régiment d'Infanterie coloniale  
(Avril 1918 — 25 Décembre 1919)

*Je n'oublierai pas les grands  
exemples de courage et d'abnégation  
qu'ils m'ont donnés. Ils furent eux  
aussi mes maîtres ; à ce titre, je les  
ai aimés de tout mon cœur.*

*Je conserverai pieusement leur  
mémoire.*

# DE LA RESTAURATION DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

---

ÉTUDE D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ

---

---

## AVANT-PROPOS

---

*La réfection de la lèvre inférieure n'est pas seulement une intervention de luxe ou de complaisance ; elle n'a pas seulement pour but de refaire l'harmonie du visage, elle vise au rétablissement de fonctions vitales ; elle est toujours d'une impérieuse nécessité.*

*Sans lèvre inférieure, non seulement la face est hideuse et repoussante, mais encore la parole est gênée, indistincte ou impossible. La cavité buccale à découvert subit une irritation incessante, l'haleine est fétide, les gencives s'altèrent, les dents s'ébranlent, le mécanisme de la préhension des aliments et de la mastication est profondément troublé et ne saurait être remplacé par celui de la succion, tout à fait impossible.*

*Les aliments, les boissons surtout s'échappent en réalisant une cause d'épuisement ; l'expectoration est interdite, la salive, dont la sécrétion est exagérée, s'écoule sans cesse au dehors, maculant de souillures nauséabondes les vête-*

ments du malade, qui, condamné au marasme, puis à la mort, doit déjà se retirer du monde. Le monde, en effet, suivant la remarque de Verneuil, est dur à la laideur ; il n'a pour elle que dégoût, quand il n'y joint pas l'ironie, le dédain ou le soupçon.

On voit quels services peut rendre la cheiloplastie. Qu'elle s'adresse aux victimes d'une nature marâtre, d'une machine aveugle, d'un projectile brutal, d'un quelconque processus morbide, ou quelquefois de la malice des hommes, qu'elle comble une brèche aveuglément ouverte par le mal ou doctement agrandie par le chirurgien, elle permet à l'opéré de sortir de son isolement pour rentrer dans la vie sociale ; elle lui permet de converser, de s'alimenter : de vivre.

Il convient de noter que par suite de la grande fréquence de l'épithélioma de la lèvre inférieure, la réfection de cette lèvre est une des opérations qui s'imposent le plus communément au chirurgien.

Dans les pages qui vont suivre, nous aurons surtout en vue la restauration de la lèvre après l'exérèse du cancer.

Pendant que nous avons l'honneur d'être l'interne de la clinique chirurgicale, il nous fût donné de voir trois cas de ces cancroïdes. Chaque fois, le Professeur Monprofit combla la perte de substance par un procédé personnel, qui nous a paru présenter de tels avantages, que nous n'hésitons pas à en faire l'objet de cette étude.

---

## CHAPITRE PREMIER

### APERÇU HISTORIQUE SUR LA CHEILOPLASTIE

#### Méthodes italienne, indienne, française

La réparation des lèvres n'a pas joui auprès des opérateurs anciens de la même faveur que celle du nez. Alors que dès l'époque la plus reculée de l'histoire de l'Inde, nous voyons les prêtres hindous refaire des nez avec la peau du front, il nous faut arriver à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et même au début du XIX<sup>e</sup>, pour voir la littérature médicale s'enrichir de quelques procédés de cheiloplastie.

A dire vrai, Celse, trente ou quarante ans avant notre ère, décrivit une méthode, sans toutefois la mettre en pratique. Mais Hippocrate n'en avait pas parlé. Paul d'Egine, Paré, Guillemeau, les deux Fabrice, Roonhuy-sen n'y firent jamais allusion si ce n'est pour déconseiller cette opération, qu'ils considéraient trop difficile et trop infidèle.

Au milieu du XIV<sup>e</sup> siècle, en Sicile, Branca, un modeste praticien parfaitement oublié depuis, eut l'idée de refaire une lèvre avec un lambeau pris au bras. Ce fut d'ailleurs le premier essai de la méthode

d'autoplastie dite italienne, méthode que Tagliacozzi fit connaître cent ans plus tard et dont il recueillit toute la gloire.

Vers 1560, Franco, le célèbre inventeur de la taille hypogastrique, rappelle l'idée de Celse, mais sa voix reste sans écho.

C'est à partir de 1830 que la cheiloplastie retient vraiment l'attention des chirurgiens; l'élan est donné à Paris par Chopart, à Montpellier par Delpéch et à Angers par Mirault.

Les auteurs se sont accordés à rattacher les procédés de restauration labiale aux trois grandes méthodes d'anaplastie.

*Méthode italienne.* — Elle va chercher, loin de la perte de substance, un lambeau qui reste adhérent par un pédicule à la région d'emprunt, et qui n'en sera séparé qu'après avoir pris droit de cité dans sa nouvelle situation.

*Méthode indienne.* — Le lambeau est taillé près de la brèche à combler; pour venir y prendre place, il pivote autour de son pédicule qui se trouve ainsi plus ou moins tordu.

*Méthode française.* — Elle emprunte ses lambeaux au voisinage immédiat de la perte de substance et les amène au point voulu par glissement direct, par traction suivant la direction de leur axe.

Disons de suite que la méthode italienne n'est guère applicable aux restaurations labiales. Elle n'a donné, à Tagliacozzi lui-même, « le célèbre nasifex de

Bologne », à Græffe et à Roux, que des insuccès. Toutefois, à plusieurs reprises, le professeur Berger <sup>(1)</sup> put se féliciter d'y avoir eu recours dans des cas où, la muqueuse labiale étant conservée, le tégument cutané seul était à refaire. En réalité cette méthode peut venir en aide à un quelconque procédé cheiloplastique mais ne saurait fournir une nouvelle lèvre. Nous n'y reviendrons pas.

La méthode indienne offre plus d'avantages, mais la rotation du lambeau, la torsion et l'étroitesse de son pédicule, entraînent souvent sa gangrène. De plus, cette méthode impose la création d'une plaie nouvelle, dont la cicatrice est souvent douloureuse et difforme.

La méthode française ne présente pas de tels inconvénients; elle procure un lambeau à base large. Ici, ni rotation, ni torsion, simple allongement; pas de risque de mortification et pas de plaie nouvelle.

Les procédés de cheiloplastie n'appartiennent pas toujours nettement à telle ou telle méthode. Certes, celui de Delpech est indien, celui de Chopart est purement français mais que sont ceux de Diffenbach ou de Syme, où nous avons des lambeaux à large pédicule qui subissent une rotation de 40 degrés tout au plus? Les auteurs ont bientôt été amenés à parler de « procédés de transition » de « méthodes mixtes », etc. Nous ne les suivrons pas dans cette voie, craignant de nous égarer avec eux. Nous croyons plus judicieux de classer les procédés suivant la région où se fait l'emprunt du lambeau.

---

(1) Paul BERGER. 8<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie (Lyon, 1894), pp. 437 et sq.

## CHAPITRE II

### EXPOSITION DES PROCÉDÉS DE CHEILOPLASTIE

Nous négligeons tous les procédés qui, même s'ils portent un grand nom, sont tombés dans un juste oubli. (Procédés de Dupuytren, de Roux, de Lisfranc, etc.)

Seuls retiendront notre attention ceux qui, inconnus ou célèbres, — quelquefois jamais réalisés sur le vivant, tel celui de Landreau, — contiennent du moins quelque idée bonne à glaner.

#### I

#### LE LAMBEAU EST PRÉLEVÉ AU NIVEAU OU AU-DESSOUS DE LA PERTE DE SUBSTANCE

1. **Procédé en V** (HORN *et* ROONHUYSEN). — C'est le mode élémentaire, le cancroïde est circonscrit à droite et à gauche par deux incisions, qui dirigées de haut en bas et de dehors en dedans, viennent se réunir sur la ligne médiane vers le menton. Les deux lèvres de la plaie sont alors rapprochées en les détachant, s'il y a lieu, de l'os sous-jacent, puis réunies par quelques points de suture.

2. **Procédé de Serre** (*de Montpellier*). — Après avoir pratiqué une exérèse en V, Serre mène dans l'épaisseur de chaque joue une incision prolongeant les commissures et venant se terminer à quelque distance au-devant des masséters ; il obtient ainsi deux lambeaux à sommet obtus supéro-interne, tapissés par la muqueuse génienne. Rapprochant alors ces lambeaux, il

suture les deux branches du V ; les bords inférieurs de chaque plaie jugale se mettent en continuité, constituant ainsi le bord libre de la nouvelle lèvre. A ce niveau, la muqueuse est attirée au dehors renversée sur ce nouveau rebord labial et fixée à la peau par quelques points séparés <sup>(1)</sup>.

**3. Procédé de Dieffenbach.** — L'auteur emprunte au professeur de Montpellier les incisions horizontales ou légèrement ascendantes prolongeant chaque commissure ; puis, de leur extrémité externe, il fait partir une incision verticale, descendant jusqu'au bord inférieur du maxillaire ; il obtient ainsi de chaque côté de la perte de substance, un lambeau quadrangulaire à large pédicule inférieur, qui, attiré sur la ligne médiane, et suturé à celui du côté opposé, remplace l'ancienne lèvre. L'angle supéro-externe de chaque lambeau est fixé à la lèvre saine par un ou deux points de suture qui forment la nouvelle commissure et s'opposent (?) à la ptose du lambeau. Quant aux plaies latérales des joues résultant de l'écart et de la translation des lambeaux, le chirurgien de Berlin les abandonne à la cicatrisation spontanée.

**4. Modification de Jæsche** (*chirurgien de Nijnii-Novgorod*). — Les incisions horizontales et les incisions descendantes de Dieffenbach forment entre elles un angle droit, quelquefois même un angle aigu, pour peu que la première soit ascendante et que la seconde soit parallèle à la branche correspondante du V. Pour arrondir cet angle, Jæsche remplace ces deux incisions par une seule curviligne. C'est une heureuse mais insuffisante modification, qui laisse moins larges les inévitables plaies latérales.

**5. Procédé de Berger** <sup>(2)</sup>. — Il se réalise en deux temps :

*1<sup>er</sup> Temps.* — L'opération commence comme dans le procédé de Serre : ablation de la tumeur, prolongation des commissures en dehors vers la joue, la muqueuse est sectionnée à un centimètre au-dessus de l'incision cutanée, de sorte qu'elle puisse être rabattue et ourlée à la peau.

*2<sup>e</sup> Temps.* — Un mois plus tard, de l'extrémité externe de l'incision transversale précédente, on mène, comme dans le procédé Dieffenbach, une incision verticale qui libère deux lambeaux que l'on rapproche et que l'on suture sur la ligne médiane.

**6. Procédé d'Ombredanne** <sup>(3)</sup>. — Sous le nom de « procédés de choix », Ombredanne a repris, en les perfectionnant, ceux de Serre (opération

---

<sup>(1)</sup> Cette façon d'ourler le bord de la nouvelle lèvre fut imaginée et exécutée pour la première fois par Serre. En 1840, c'était une idée de génie... qui ne fut pas étrangère à la gloire de Dieffenbach auquel fut attribuée la priorité de ce perfectionnement opératoire. Après un long débat, Zeis si prodigue d'éloges à l'égard du chirurgien de Berlin, dut rendre justice au professeur de Montpellier.

<sup>(2)</sup> Paul BERGER. Loc. cit.

<sup>(3)</sup> OMBREDANNE. 19<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie (Paris, 1906), pp. 788 et sq.

courante) et de Dieffenbach (opération d'exception). Ce dernier, que l'auteur réserve aux cancers très étendus, a été si profondément modifié, si heureusement enrichi, qu'il y a lieu d'en indiquer les temps successifs :

— Ablation de la tumeur par un V dont les branches sont plus ou moins concaves en dedans, et dont la pointe atteint la région sus-hyoïdienne.

— Tracé d'une incision ne comprenant que la peau, partant de chaque commissure et aboutissant à la partie inférieure de la dépression qui sépare le tragus de l'antitragus.

— Après ouverture de la bouche du malade, on tranche la muqueuse à un centimètre au-dessus de l'incision cutanée qui, au niveau du masséter, n'intéresse toujours que la peau.

— De l'extrémité externe de la première incision (près de l'oreille), part une seconde incision oblique en bas et en avant, parallèle au bord correspondant de la perte de substance. Elle s'arrête en bas à un travers de doigt au-dessous du bord inférieur du maxillaire. Elle n'intéresse que la peau.

— Le lambeau ainsi tracé, carré à pédicule inférieur, est disséqué de haut en bas et rabattu, on incise le cul-de-sac gingival inférieur pour prolonger la dissection jusqu'à la région sous-maxillaire, dont on peut faire ainsi le curage. Il importe de ne pas couper l'artère faciale au point où elle contourne le bord inférieur de la mâchoire

— Puis commence la restauration définitive. On constitue un bord rouge à la future lèvre avec la muqueuse qui a été taillée exubérante de un centimètre. A chaque lambeau, cet ourlet est fait sur une longueur égale à la moitié de la lèvre à créer. On reconstitue le cul-de-sac gingival.

— Sur la ligne médiane, on réunit les deux lambeaux par quelques points de suture.

— Sur le masséter, reste une surface triangulaire dénudée. On la comble en y amenant par traction légère les téguments de la région sterno-mastoïdienne.

**7. Procédé des trois triangles** (DESGRANGES, *de Lyon*). — On procède comme s'il s'agissait de réaliser l'opération de Serre, puis dans le but de diminuer l'excès de longueur de la lèvre supérieure demeurée intacte, on enlève de chaque côté de cette lèvre, juste en dehors de la commissure, un lambeau en  $\Delta$  renversé dont la base correspond à l'incision transversale de Serre. Au moment de prolonger les commissures, on a eu soin de trancher la muqueuse un peu plus haut que la peau pour obtenir, comme Ombredanne, un petit volet muqueux qui est rabattu sur le nouveau rebord labial (V. figure 7).

**8. Camille Bernard** (*d'Apt*). — Lui aussi, craignant que la lèvre supérieure ne se fronce et ne surplombe l'inférieure, résèque dans chaque joue un triangle de tissu sain ; mais il pratique l'exérèse du cancroïde, soit par

le procédé en V, soit par le procédé de Chopart que nous verrons plus loin.

Doyen déclare qu'il n'a jamais eu besoin de recourir à un autre procédé que celui des triangles.

9. **Procédé de Chopart <sup>(1)</sup> et ses dérivés.** — La tumeur est encadrée dans deux incisions verticales descendant jusque dans la région sus-hyoïdienne et réunies en H par une incision horizontale à la limite inférieure de la tumeur. C'est cette dernière surface de section qui, remontée au niveau des commissures, fera le bord libre de la nouvelle lèvre, après décollement et mobilisation du lambeau.

Alquié <sup>(2)</sup> double le lambeau de Chopart de muqueuse prélevée aux joues.

Pour prévenir la descente du lambeau, Létievant le fixe aux dents du maxillaire inférieur.

Dans le même but, Zeis <sup>(3)</sup> donne à son lambeau la forme d'un pantalon, qui, à cheval sur la pointe du menton, est ainsi soutenu par un triangle de peau ferme. Après avoir remonté ce pantalon au point voulu Zeiss suture l'une à l'autre les deux jambes au niveau de leur bord supéro-interne.

Ce fut là la première idée d'un éperon de soutien.

10. **Procédé de Malgaigne (à deux lambeaux quadrilatères latéraux).** — La tumeur est circonscrite à droite et à gauche par deux incisions verticales, et en bas par une troisième horizontale. La perte de substance est quadrilatère. On prolonge les commissures par deux incisions. On prolonge également l'incision horizontale faite à la limite inférieure du néoplasme. On obtient ainsi deux lambeaux quadrilatères latéraux, qui, disséqués, sont amenés par glissement sur la ligne médiane, où quelques points de suture les réunissent l'un à l'autre.

11. **Gross**, de Nancy, combine les procédés de Chopart et de Malgaigne, il fait une exérèse quadrilatère, taille les deux lambeaux de Malgaigne, et, craignant de leur faire subir une trop forte traction, leur interpose un lambeau plus ou moins large du type Chopart.

12. **Procédé de Delpech.** — L'illustre chirurgien de Montpellier opère ainsi : mesurant à la région sus hyoïdienne et plus bas s'il est nécessaire un lambeau de forme et de grandeur convenables, il le circonscrit du bistouri, tout en lui conservant un pédicule à sa partie supérieure (près du menton), puis le dissèque, le soulève, et par un mouvement en demi

---

(1) ROUX. *La Clinique des Hôpitaux et de la Ville* (1827-1828), p. 204.

(2) ALQUIÉ. *Bull. de la Société de Chirurgie* (Paris, 1855), p. 137.

(3) In SZYMANOWSKI. *Handbuch der praktischen Chirurgie* (1870), p. 261.

cercle, l'amène au-devant de la brèche à combler. Dans ce mouvement de circumduction, le pédicule se trouve tordu, la face cutanée du lambeau reste en avant, et la face saignante regarde vers la cavité buccale. Alors s'adressant à la partie distale du lambeau, je veux dire à son extrémité libre, il la plie dans le sens de sa largeur, de telle sorte que sa surface cutanée soit en rapport, grâce à ce renversement, avec la cavité buccale ; le pli devient le rebord de la lèvre nouvelle.

**13. Procédé de Benjamin Anger.** — Après une exérèse semi-circulaire, l'auteur trace, à sa partie inférieure, par une seule incision courbe, un lambeau à large pédicule latéral, dont le bord supérieur est le bord même de l'exérèse, et qui, dans un mouvement de translation ascendant, est amené au lieu et place de l'ancienne lèvre. Il n'a de muqueuse ni à son bord libre, ni à sa face profonde, il laisse au-dessous de lui une surface cruentée.

**14. Procédé de Weber** <sup>(1)</sup>. — Weber commence son intervention de la même façon, mais taille deux lambeaux ; l'un est destiné à faire la lèvre nouvelle, et l'autre à la soutenir, en venant d'en face se placer dessous.

**15. Procédé de Trélat** <sup>(2)</sup>. — On taille sous la perte de substance un lambeau dont le pédicule répond à une commissure et aux téguments sous-jacents. Mais, entre le bord supérieur de ce lambeau et la perte de substance, on a ménagé une petite surface triangulaire, dite éperon d'arrêt, dont la base est placée sous l'autre commissure ; le lambeau vient en place en passant au-dessus de l'éperon.

**16. Modification de Landreau** (*procédé en crochet*). — Le pédicule du lambeau est limité par deux incisions concentriques décrivant toutes deux une demi-circonférence. La mise en place du lambeau donne à ce pédicule courbe une direction droite mais ne le tord pas. Elle le redresse, comme on redresserait un ressort de montre.

**17. Procédé de Sédillot.** — Le professeur alsacien enlève le cancroïde par une incision quadrilatère. Puis il taille de chaque côté de la joue un lambeau vertical au moyen de trois incisions se réunissant à angle droit, dont la plus interne n'est que le prolongement de l'incision verticale qui a servi à enlever carrément les parties atteintes.

Les lambeaux ont un pédicule supérieur, ils pendent « en tablier ». Disséqués, ils sont amenés de dehors en dedans, et de bas en haut. Leurs extrémités inférieures devenues internes sont affrontées sur la ligne médiane.

---

<sup>(1)</sup> In SZYMANOWSKI. Loc. cit., p. 268.

<sup>(2)</sup> Bull. de la Société de Chirurgie (28 février 1877).

18. **Bruns** emprunte ses lambeaux aux mêmes endroits, mais les taille de telle sorte que l'extrémité libre soit en haut et le pédicule en bas.

19. **Procédé dit de Syme** <sup>(1)</sup> (*procédé en X, imaginé par BUCHANAN*). — Ablation de la tumeur par un V dont les deux branches remontent aux commissures, chaque branche du V est prolongée vers le côté opposé du menton, d'une longueur égale à la hauteur de l'exérèse. De l'extrémité inférieure des branches de l'X ainsi obtenue, on mène une nouvelle incision dirigée en dehors presque parallèle à la branche correspondante du V primitif ; on a ainsi deux lambeaux dont le pédicule supéro-externe est implanté au-dessous du niveau de la bouche ; ils sont relevés, le V supérieur s'ouvre jusqu'à devenir rectiligne ; il constitue alors le bord supérieur de la nouvelle lèvre ; le A renversé se ferme ; ses deux branches sont réunies et suturées sur la ligne médiane. Il reste de chaque côté deux plaies découvertes provenant des dernières incisions. On les laisse se cicatriser spontanément.

20. **Modification de Beau** <sup>(2)</sup>, (*de Toulon*) — Pour éviter ces plaies, le chirurgien de Toulon remplace le V supérieur de Syme par une incision semi-circulaire, et le reste du tracé (A renversé et incisions ascendantes), par un A renversé à branches arquées se regardant par leur convexité. En somme, il remplace les lignes droites de Syme par des courbes ; c'est un perfectionnement qui permet au lambeau de se déplacer sur le bord concave de l'éperon d'arrêt, comme une roue de voiture sur le patin de son frein, sans s'en écarter.

21. **Procédé de Morgan** <sup>(3)</sup> (*procédé en pont*). — On trace une incision semi-elliptique pour enlever les parties malades, puis, à quelques centimètres au-dessous d'elle, on en trace une seconde qui lui est parallèle. Entre ces deux lignes, se trouve une portion de tégument dont on dissèque la partie médiane, de façon à former un pont adhérent par ses deux extrémités seulement. On relève ce pont à la place de la lèvre détruite et on le suture aux angles de la bouche.

22. **Procédé d'Ollier** <sup>(4)</sup> (*procédé du pont sus-hyoïdien avec îlot mentonnier d'arrêt*). — Le professeur de Lyon taille lui aussi un lambeau « en pont », mais il a soin de ne pas lui donner comme bord supérieur le bord même de la perte de substance à combler. Il laisse, entre le bord du lambeau et le bord de la brèche, un îlot de la peau du menton normalement adhérent au maxillaire, îlot par-dessus lequel passera le pont pour prendre sa place ; le bord

---

(1) Alph. GUÉRIN. *Chirurgie opératoire*, 2<sup>e</sup> éd. (1858), p. 284, et 3<sup>e</sup> édition.

(2) THOMAS. Th. de Montpellier (1870).

(3) RIGAUD. Th. de Concours pour le professorat (Paris, 1841).

(4) LAVIS. Th. de Montpellier. (1885).

inférieur du pont reposera alors sur le bord supérieur de l'îlot mentionner qui est destiné à le soutenir.

23. **Procédé de Sandelin** <sup>(1)</sup> (d'*Helsingfors*). — En 1905, reprenant le procédé de Morgan, ce chirurgien pour s'opposer à la descente du lambeau, le fixe par un clou enfoncé dans la protubérance mentonnière

## II

### LE LAMBEAU EST FOURNI PAR LA LÈVRE SUPÉRIEURE

24. **Procédé de Stein** <sup>(2)</sup> (de *Copenhague*). — Exérèse en V, dont on suture la partie inférieure pour en réduire l'étendue, puis, s'adressant à la lèvre supérieure, on en sectionne le frein et on dissèque les parties voisines du frein. Ceci fait, par deux incisions transfixiantes, on découpe un lambeau triangulaire dont le sommet atteint la sous-cloison et dont la base se confond avec le bord libre *respecté* de la lèvre supérieure, où se trouve la coronaire intacte. Une nouvelle incision verticale exactement médiane divise dans toute sa hauteur ce premier lambeau et le découpe en deux autres triangles moitié moindres, égaux entre eux et symétriques, nourris par leur angle inféro-externe.

Rabattus par torsion du pédicule, et engagés dans la perte de substance de la lèvre inférieure, ils y sont maintenus, de telle sorte que leur angle supérieur devienne inférieur. Leur bord interne devenu externe est suturé à la branche correspondante du V d'exérèse ; les branches externes, devenues internes, laissent entre elles un V très étroit.

Tel est le premier acte ; l'opéré est alors en possession de trois bouches, savoir :

- Une médiane, à bords saignants, losange à grand diamètre vertical ;
- Les deux autres latérales, petites, dirigées transversalement, ourlées de la muqueuse normale.

Vingt jours se passent pendant lesquels le patient est alimenté au moyen d'une sonde introduite dans la fente médiane, puis on procède au deuxième temps de l'opération :

Section à droite et à gauche des pédicules qui réunissaient les deux lèvres. On rétablit ainsi l'orifice buccal qui serait normal s'il ne subsistait à chaque lèvre un bec de lièvre traumatique, simple et médian, facile à combler le jour même de cette seconde intervention.

25. **Procédé d'Estlander** <sup>(3)</sup> (d'*Helsingfors*). — Ablation de la tumeur en un V plus ou moins régulier. Emprunt sur la lèvre saine d'un lambeau

---

<sup>(1)</sup> DEPAGE. 18<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie (Paris, 1905), pp. 942 et 943.

<sup>(2)</sup> VIDAL (de Cassis). *Traité de Path. externe* (1861), 5<sup>e</sup> édition, t. III, p. 559.

<sup>(3)</sup> CLAUOÛ. Étude sur l'opération d'Estlander (th. Montpellier, 1888).

de forme analogue à la perte de substance qu'il devra combler, généralement de forme triangulaire. Sa base correspond au bord libre de la lèvre, son côté externe aboutit à la commissure labiale, l'interne descend vers la partie moyenne de la lèvre, sans atteindre son bord libre ; on conserve là un pédicule contenant l'artère coronaire. Dissection, mise en place et suture du lambeau. En venant prendre sa place, le lambeau tourne autour de son pédicule qui, se trouvant ainsi plié, vient former la nouvelle commissure. Quelques points de suture ferment la zone d'emprunt.

Cette technique renferme un temps d'exécution délicate sur lequel Estlander attire l'attention : en taillant le lambeau, jusqu'où faut-il faire descendre son bord interne ? à quel niveau arrêter l'incision ? — Plus le pédicule est étroit, plus sa torsion est aisée, mais plus la section s'approche du bord libre de la lèvre, plus grand devient le danger de trancher l'artère coronaire, seul fil auquel est suspendue la vie d'un lambeau parfois assez étendu.

Jusqu'où donc s'avancer sans péril ? Il faut, avant de commencer l'intervention, bien repérer l'artère dont on perçoit facilement les battements ; ceci fait, on enfonce, en toute tranquillité, une aiguille à l'endroit où la peau et la muqueuse se rencontrent, puis, la dirigeant de bas en haut, on transfixe la lèvre en passant juste au-dessus de l'artère. En pressant le bord de la lèvre contre l'aiguille, on s'assure que la coronaire est bien au-dessous de celle-ci qui sera, pendant l'opération, un guide précieux.

**26. Procédé de Larger** <sup>(1)</sup> (*de Maisons-Laffitte*). — Soit un épithélioma occupant les deux tiers gauches de la lèvre inférieure, on l'excise en rectangle. Puis, de l'union du tiers externe et du tiers moyen de la lèvre supérieure, on fait partir une première incision comprenant toute l'épaisseur de la lèvre et remontant jusqu'à l'angle externe de l'aile gauche du nez, d'où part, parallèle au pli naso-génien, une deuxième incision qui s'arrête à hauteur de la commissure gauche.

On a réalisé, aux dépens de la lèvre supérieure, un lambeau quadrangulaire à pédicule jugal.

Avant de l'installer à sa place, on en excise le bord inférieur qui n'est autre que l'ourlet muqueux du bord libre de la lèvre supérieure ; ce n'est qu'après cet avivement qu'on l'abaisse et qu'on le fixe par quelques points de suture aux bords inférieur et interne de la brèche.

Son bord supérieur, devenu bord libre de la nouvelle lèvre, est évidé légèrement pour permettre la suture de la muqueuse buccale avec la peau.

Reste à combler, à la lèvre supérieure, la perte de substance due à l'emprunt. On y parvient en réunissant les deux incisions ascendante et descendante tracées au début en forme de large A renversé.

---

<sup>(1)</sup> LARGER. *Bull. de la Soc. de Chirurgie* (1894), t. XX, p. 641, et 10<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie (1896), p. 302.

Si toute la lèvre inférieure est détruite, on agit de la même façon du côté droit et du côté gauche (Guinard) : les deux lambeaux abaissés sont sur la ligne médiane, suturés l'un à l'autre.

27. **Modification Guinard** <sup>(1)</sup>. — Ne pouvant se résoudre à sacrifier inutilement l'ourlet muqueux sain du lambeau Larger, Guinard l'emploie à tapisser le nouveau sillon gingivo-labial.

28. **Modification Morestin** <sup>(2)</sup>. — Morestin trouve le moyen à la fois de sauvegarder la précieuse bordure labiale et de lui conserver son rôle ; il l'utilise à border, sinon la nouvelle lèvre, du moins la nouvelle commissure : « Au lieu d'attendre, dit-il, que le lambeau soit taillé pour exciser la bordure rouge, il faut commencer l'opération réparatrice en séparant cette bandelette du futur lambeau, tout en la laissant attenante à la partie restante de la lèvre supérieure. »

Le lambeau est ensuite dessiné, taillé, incliné, couché en place et fixé, et la plaie d'emprunt est fermée, tout cela comme l'indique Larger. Alors, la petite languette rouge est pliée de telle sorte que sa face saignante s'adapte au bord supérieur de la nouvelle lèvre inférieure. Sa plicature à l'endroit où elle se détache de la lèvre supérieure forme la nouvelle commissure.

### III

#### PROCÉDÉ DE LÉON DUFOURMENTEL <sup>(3)</sup>

Par sa nouveauté, son originalité et l'importance des délabrements qu'il répare, ce procédé nous paraît mériter une mention spéciale.

Sa caractéristique est l'emploi d'un lambeau bi-pédiculé descendu en luguilaire du cuir chevelu sur le menton.

La face endo-buccale de la nouvelle lèvre est reconstituée, soit par deux lambeaux prélevés sur les berges droite et gauche de la brèche et retournés de telle sorte que leur face épidermique regarde dans la bouche, soit par un seul lambeau sus-hyoïdien retourné de bas en haut, montrant lui aussi à l'extérieur sa face cruentée (SEBILEAU).

L'enroulement muqueux de la nouvelle lèvre peut être restauré de trois façons différentes <sup>(4)</sup> :

---

<sup>(1)</sup> AUDOUCET. Th. de Paris (1895).

<sup>(2)</sup> MORESTIN. 16<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie (1903), pp. 126 et 127.

<sup>(3)</sup> DUFOURMENTEL. *Revue maxillo-faciale* (février et juillet 1919). Alcan, éditeur.

<sup>(4)</sup> P. SEBILEAU et L. DUFOURMENTEL. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie* (séance du 18 février 1920), pp. 292 et suivantes.

— Ou bien on prélève à la face interne de chaque joue un lambeau à pédicule para-commissural, qui recouvrira la moitié correspondante de la nouvelle lèvre ;

— Ou bien, on taille un peu en arrière du bord libre de la lèvre supérieure, une petite bande muqueuse qui, retenue par ses deux extrémités, est retournée sur elle-même afin de présenter en bas sa face saignante. On l'insère à la place voulue sur la lèvre inférieure ;

— Ou bien, on prélève sur la face endo-buccale de la lèvre supérieure, un volet muqueux rectangulaire. Disséqué, il pend en tablier, retenu en haut par une longue charnière qui n'est autre que la ligne de réunion des muqueuses humide et sèche de la lèvre supérieure. Ce lambeau, fixé en place sur la lèvre inférieure, reste nourri par son large pédicule. Ce n'est que quinze jours plus tard qu'il est libéré tout à fait. En attendant, le sujet dont la bouche se trouve close, est nourri à la sonde nasale, à moins qu'on ait préféré réserver près d'une des deux commissures un petit espace pour passer le bec d'une pipette.

C'est en octobre 1918, que Dufourmentel, alors chef d'un centre de chirurgie faciale, eut pour la première fois l'occasion de mettre ce procédé en pratique. Dès cette première réalisation, le résultat fut si brillant que nous ne pouvons résister au plaisir d'en publier l'observation.

*OBSERVATION.* — Heinrich Schültze, soldat au 1<sup>er</sup> régiment de grenadiers poméraniens, blessé le 14 septembre 1918, arrive au centre spécial de chirurgie faciale le 10 octobre 1918. Il présente une mutilation caractérisée par :

1<sup>o</sup> Perte de toute la branche horizontale du maxillaire inférieur et des téguments ambiants (menton, lèvre inférieure) ;

2<sup>o</sup> Destruction du plancher buccal et de la partie antérieure de la langue, dont le moignon est profondément rétracté ;

3<sup>o</sup> Destruction des plans sus-hyoïdiens ; l'os hyoïde lui-même est réduit à un petit noyau osseux résultant de la fusion de quelques esquilles et sans aucune attache antéro-supérieure.

La bouche est transformée en un vaste orifice antéro-postérieur, d'où la salive s'écoule en permanence. L'alimentation ne peut se faire qu'à la sonde. La parole est absolument impossible.

*Première opération* (18 octobre 1918) :

1<sup>o</sup> On dessine sur les berges droite et gauche de la brèche traumatique deux lambeaux cutanés triangulaires à sommet supérieur, dont la base répond au bord même de la perte de substance. Ces lambeaux qui se rejoignent en bas, sont disséqués suffisamment pour pivoter autour de leur base. On les retourne de façon à présenter au dehors leur face cruentée, puis on les suture l'un à l'autre sur la ligne médiane. Ainsi est reconstitué un plan cutané intra-buccal remplaçant le plancher de la bouche ;

2<sup>o</sup> Prélèvement d'un lambeau à deux pédicules allant de la région préauriculaire droite à la gauche, en passant sur le sommet du crâne. Sa longueur totale est de 30 centimètres ; sa largeur moyenne de 6 centimètres atteint 7 centimètres sur le vertex. Le lambeau complètement détaché est rabattu en pivotant sur ses deux charnières préauriculaires à la façon d'une jugulaire de casque et, enjambant la face entière, est inséré dans la perte de substance, sa face cruentée s'appliquant sur la face cruentée des deux premiers lambeaux et sur leur plaie de prélèvement ;

3<sup>o</sup> Rapprochement des lèvres de la longue plaie cranio-temporale par des anses de soie forte. La brèche peut ainsi être réduite de moitié, mais non supprimée. (Elle sera, au bout d'un mois, à peu près cicatrisée et cachée par les cheveux.)

*Deuxième opération* (5 novembre 1918, dix-sept jours après la première) :

1<sup>o</sup> Section des deux pédicules du lambeau chevelu, au ras de son implantation à la joue ; les deux parties inutilisées sont réappliquées à leur place d'origine et s'y regreffent rapidement ;

2<sup>o</sup> Reconstruction du bord libre de la lèvre au moyen de deux lambeaux muqueux prélevés sur la face interne de chaque joue.

*Dernière opération* (28 décembre 1918) :

1<sup>o</sup> Par une incision cutanée pratiquée aux deux extrémités du lambeau chevelu, on découvre les deux extrémités des branches montantes du maxillaire ;

2<sup>o</sup> Création d'un tunnel allant de l'une à l'autre et passant entre le plan cutané extérieur et le plan cutané intra-buccal ;

3<sup>o</sup> Prélèvement au tibia d'une lame ostéo-périostique de 18 centimètres environ. On la coude en deux points et on l'insinue sous le tunnel préparé pour elle. Ses deux extrémités sont soigneusement mises au contact des deux extrémités des branches montantes.

Dès le 12 janvier 1919, Dufourmentel pouvait écrire : « Le blessé s'alimente aisément quoique ne portant encore aucun appareil de prothèse dentaire. La salive ne s'écoule plus. La parole s'exerce d'une façon sensiblement normale. Aucun pansement n'est nécessaire, malgré la date toute récente de la dernière opération. »

Le 8 avril 1919, ce blessé qui avait laissé pousser les cheveux de son lambeau fut présenté à la Société de Chirurgie de Paris. Il pouvait alors circuler « sans aucunement attirer l'attention ».

---

## CHAPITRE III

### CRITIQUE DES PROCÉDÉS HABITUELLEMENT EMPLOYÉS

#### Conditions d'une bonne Cheiloplastie

Seul, le procédé de Dufourmental résiste à la critique; son emploi est d'ailleurs amplement justifié par les résultats « vraiment admirables » (Delbet) qu'il a donnés à son auteur et au Professeur Sebileau. Mais il nécessite un « des plus audacieux déplacements tégumentaires qu'on ait jamais osé se permettre »; il s'agit là, croyons-nous, d'un procédé d'exception à réserver aux grands mutilés et aux chirurgiens que leur spécialisation a rendus très habiles en l'*art de restaurer les parties mutilées perdues ou faisant défaut*.

Tous les autres procédés d'autoplastie labiale présentent de graves inconvénients.

Tous ceux qui s'égarent à chercher leur lambeau au-dessous de la perte de substance, fournissent une lèvre qui paraît tout d'abord suffisante, mais qui bientôt s'abaisse, découvre les dents, ne retient plus ni les boissons ni les aliments ni la salive, bref ne joue plus son rôle.

C'est en effet une règle absolue que tout lambeau tend à se rétracter vers son pédicule. Quand il est aidé des lois de la pesanteur, l'attrait de celui-ci devient irrésistible. Ni éperons de soutien, ni îlots d'arrêts ne lui résistent; ils sont entraînés.

Seule, la cheilroraphie (suture d'une lèvre à l'autre), imaginée par Dufourmentel en 1917<sup>(1)</sup> et reprise par Morestin<sup>(2)</sup> en 1918, entrave momentanément la chute de la nouvelle lèvre, mais cet artifice ne peut être que provisoire et, à sa suppression, de l'aveu même de son auteur, le processus rétractile reprend sa puissance.

Les procédés nécessitant une exérèse en V (Serre, Dieffenbach, Jæsche, Syme, Stein, Desgranges, Berger, Ombredanne) imposent le sacrifice de tissus qui peuvent être sains. Il en est ainsi lorsqu'on a affaire à une tumeur plus large que haute; le V, large à son ouverture, devra descendre trop bas.

Il en est de même de tous les procédés qui demandent pour l'exérèse une forme spéciale.

A ce premier sacrifice, Desgranges, avec son procédé des trois triangles, en ajoute deux autres, qui sont parfaitement inutiles et laissent deux balafres au milieu des joues.

Morestin<sup>(3)</sup> fait un autre reproche aux résections en V : « Il est établi, dit-il, que la zone suspecte d'infiltration cancéreuse tend à s'élargir à mesure qu'on s'éloigne du bord libre, le V prend le contre pied de cette disposition. »

---

<sup>(1)</sup> DUFOURMENTEL. *Chirurgie d'urgence des blessures de la face et du cou*, pp. 56-58. Maloine, édit., 1917.

<sup>(2)</sup> MORESTIN. *Bull. de l'Académie de Médecine* (22 oct. 1918).

<sup>(3)</sup> MORESTIN. 16<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie (1903), p. 124.

La méthode indienne, si précieuse en rhinoplastie, n'a donné ici que des succès.

Dieffenbach, Delpech, Syme, Anger, Morgan, Ollier, abandonnent à la cicatrisation spontanée des surfaces cruentées qu'ils ne peuvent recouvrir de peau.

Souvent, les cheiloplasties laissent des cicatrices vraiment trop disgracieuses, soit par leur nombre (Sedillot, Bruns, Syme), soit par leur situation (Desgranges, Camille Bernard). Il en est qui, sans grand avantage, nécessitent plusieurs interventions (Berger).

Beaucoup enfin ne procurent que des lambeaux trop minces, impuissant cache-misères, sans utilité parce que sans muscles (méthode italienne et tous procédés à lambeau cervical).

Certes, les procédés que nous avons décrits dans un deuxième paragraphe (par prélèvement à la lèvre supérieure) constituent un réel progrès. Ils donnent de bons lambeaux et, supprimant toute inquiétude en ce qui concerne la chute de la lèvre, ils permettent de reléguer à la ferraille les clous de Sandelin. Nous pensons cependant qu'ils ne donnent pas toute satisfaction.

Stein dotait son opéré d'une lèvre nouvelle régulière, mobile, résistante, doublée de muqueuse et pourvue de fibres musculaires; il veillait à ce que les deux lèvres fussent de même longueur; il ne nuisait pas à la symétrie de la bouche, il conservait les commissures que Serre et Dieffenbach fendaient même lorsqu'elles étaient saines. Mais son procédé ne pouvait prendre place dans les traités classiques; la multiplicité des incisions, la trop grande délicatesse des divers temps opératoires, l'obligation d'intervenir à deux époques différentes et de nourrir le malade à la sonde, l'ont

empêché d'entrer dans la pratique courante <sup>(1)</sup>. Il n'est d'ailleurs applicable qu'à la réparation des brèches médianes, suffisamment étroites pour ne pas intéresser les commissures.

S'étant le premier adressé à la lèvre supérieure, Stein conserve la gloire d'une idée nouvelle, mais son procédé mérite mention, plus par son originalité que par son utilité.

L'opération d'Estlander procure elle aussi un bon lambeau qui tombe comme de lui-même à la place qu'il doit combler; elle donne une bonne commissure, deux lèvres de même longueur garnies partout du bord vermeil renflé et arrondi, que le chirurgien le plus habile ne saurait façonner.

Cependant, Morestin <sup>(2)</sup> l'a condamnée comme « compliquée et pénible pour le malade et cependant insignifiante et sans portée ».

Sans formuler un jugement si sévère, il faut reconnaître que ce procédé ne s'applique qu'aux pertes de substance juxta-commisurales et entraîne toujours, pour l'orifice buccal, une asymétrie très marquée.

Le procédé LARGER, modifié par MORESTIN, est le dernier en date. Il a sur son prédécesseur l'avantage de fournir un lambeau dont le large pédicule ne sera pas tordu. Mais il entraîne, lui aussi, une disgracieuse irrégularité du visage (la nouvelle commissure est reportée vers le plan médian, d'une longueur égale à celle de la languette de Morestin). Il ne convient que « si la lésion

---

(1) St. H. SERRE se demande s'il est possible d'obliger les malades à tenir les lèvres constamment rapprochées : « L'indocilité des malades est telle, dit-il, qu'on a peine à obtenir le silence et l'immobilité, même le jour d'une intervention cheiloplastique. »

(2) 16<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie, p. 126.

est unilatérale, comprise entre la ligne médiane et la commissure, sans atteindre ni l'une ni l'autre » (Morestin).

Si le cancer occupe la totalité du bord libre, on peut, nous l'avons dit, répéter la même opération à droite et à gauche (Guinard), mais il ne s'en suivra pas moins de cinq cicatrices, dont deux partant des commissures, remontent de chaque côté du nez jusqu'au milieu des régions malaires. (Voir photos présentées par Morestin, Congrès de Chirurgie 1905, fig. 236.)

L'étude de ces procédés, quelque imparfaits qu'ils soient, n'était pas sans intérêt. Elle ne nous méritera pas, croyons-nous, le reproche qu'adressait Bichat aux auteurs de son temps, de forcer le lecteur « à parcourir avec peine et sans profit dix pages de ce qui ne se fait plus, pour arriver à dix lignes de ce que l'on doit faire ».

Nous pensons que la recherche de ce qu'avaient fait les vieux maîtres n'a pas seulement satisfait notre naturelle curiosité : la lecture de leurs observations et la critique de leurs procédés nous permettent de formuler maintenant les règles d'une bonne cheiloplastie.

1<sup>o</sup> Si l'opération cheiloplastique fait suite à l'ablation d'une tumeur quelconque, **il ne faut pas que la conduite de l'exérèse soit influencée par la nécessité d'avoir une perte de substance de forme fixée d'avance.**

Le chirurgien en présence d'un cancer ne doit avoir qu'un unique souci : extirper tout le mal : *Nil actum reputans si quid superesset agendum* ;

2<sup>o</sup> Il importe que **le lambeau qui deviendra la nouvelle lèvre inférieure soit bien nourri et innervé, épais et musclé, d'une hauteur suffisante,**

**recouvert de muqueuse sur sa face buccale et sur son bord libre.**

Que le lambeau soit bien nourri, c'est là un précepte admis de tout temps par les chirurgiens français. Il fut nié par Dieffenbach; ce célèbre professeur de Berlin craignait la présence d'un trop grand nombre d'artères dans le lambeau, il en coupait quelques-uns, sans préjudices des scarifications qu'il faisait subir au lambeau et des sangsues qu'il lui imposait.

Si on veille à la conservation des vaisseaux, on conserve aussi les nerfs, puisque ceux-ci accompagnent ceux-là.

La nouvelle lèvre doit avoir un revêtement interne, muqueux de préférence, pour rester mobile au-devant des dents.

La présence de muqueuse sur le bord libre est non moins nécessaire. Tous les chirurgiens l'ont compris, mais ceux qui ont pu réaliser ce desideratum sont bien peu nombreux. Certains, ne pouvant obtenir là que du tissu cicatriciel, y pratiquent au cinabre ou au carmin un tatouage qui vise à sauver au moins les apparences. Mais ce camouflage ne donne pas à la bordure nouvelle la souplesse et la contractilité dont elle a besoin.

Ombredanne, nous l'avons dit (page 8), ourle avec la muqueuse voisine le nouveau rebord labial, mais il écrit lui-même : « Lorsqu'au niveau du bord libre d'un lambeau cheiloplastique doublé de muqueuse, on suture cette muqueuse à la peau, on obtient un liseré cicatriciel qui n'est guère comparable au bourrelet rouge d'une lèvre normale... au lieu de

ce bord muqueux si souple, on a une sorte de vive arête fibreuse (1) »;

**3° La base des lambeaux doit être au niveau ou mieux au-dessus de la lèvre nouvelle, jamais au-dessous.**

Plus les lambeaux sont empruntés à une région haut située, plus les résultats sont satisfaisants.

L'emprunt à la lèvre supérieure est meilleur que l'emprunt jugal, qui reste préférable à l'emprunt cervical. Ce qui fait l'excellence du procédé Dufourmentel, c'est que ce chirurgien bat tous les records de hauteur, en s'adressant au sinciput.

Dans sa thèse (Paris 1907), Mazaut (*de Coron*) reproche à l'emprunt labial de « découvrir Pierre pour couvrir Paul ». Nous lui répondrons que c'est là le propre de toute autoplastie; l'art consiste à choisir Pierre de telle sorte que son habit convienne à Paul, et tout est bien si en découvrant Pierre on lui rend service. Pour faire de la lèvre, rien n'est mieux que de la lèvre, et en donnant un peu d'elle-même, la lèvre supérieure évite de se voir transformer en une lippe des plus disgracieuses;

**4° Il faut veiller à ce que les incisions soient peu nombreuses, la direction courbe et cachées dans les plis naturels qui entourent la bouche.**

Pour se rendre compte de l'avantage des incisions courbes, il suffit de voir quel service elles rendent à Jæschke dans le procédé Dieffenbach, et à Beau dans le procédé de Syme;

**5° Il est nécessaire qu'aucune incision ne prolonge les commissures.**

---

(1) NELATON et OMBREDANNE. *Les autoplasties, lèvres, joues, etc.*, p. 9.

Leur cicatrisation a pour effet d'atrésier l'orifice buccal et de le dévier. Il en résulte des désordres fonctionnels sérieux : le malade n'ouvre qu'incomplètement la bouche, s'exprime avec gêne, et mange avec difficulté;

6° Il faut **éviter le sacrifice de tissus sains, éviter aussi d'abandonner quelque zone cruentée à la cicatrisation par bourgeonnement;**

7° Enfin, pour qu'une technique quelconque mérite le nom de procédé, il faut qu'elle s'applique à une grande variété de cas.

\*  
\* \*

Ces impérieuses indications nous paraissent toutes remplies par le procédé du professeur Monprofit que nous allons maintenant décrire.

---

## CHAPITRE IV

### LE PROCÉDÉ DU PROFESSEUR MONPROFIT

**Soins préliminaires.** — Ils ne présentent rien de particulier. S'il se trouve sur le devant des maxillaires quelque chicot susceptible de léser la future lèvre, il faut l'extraire.

La veille de l'intervention, le malade est rasé, la région mento-labiale est savonnée, puis lavée à l'alcool et à l'éther.

**Instruments à préparer.** — Il suffit d'avoir à sa disposition :

Un bistouri;

Une paire de ciseaux;

Une pince à disséquer;

Quatre ou cinq pinces hémostatiques;

Quelques aiguilles de Hegedorn et un porte-aiguilles;

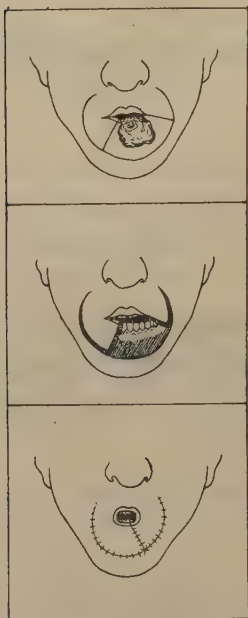
Du catgut fin;

Des crins de Florence ou plus simplement du fil de lin. A ce simple matériel, il est prudent d'ajouter une rugine.

**Opération.** — Après les précautions habituelles d'asepsie en ce qui concerne le malade, les instruments et le chirurgien, procédez ainsi en deux temps :

### 1<sup>o</sup> Exérèse du néoplasme

Avec le bistouri ou les ciseaux, enlevez non seulement le cancroïde, mais tous les tissus qui, soit à la vue, soit au palper, vous paraissent infiltrés. Chemin faisant, vous couperez la coronaire; liez-là, mais ne vous attardez pas à une hémostase complète; tranchez, sans vous préoccuper de la forme qu'épousera la perte de substance; vous pouvez être amené ainsi à reséquer toute la lèvre inférieure.



### 2<sup>o</sup> Restauration de la lèvre

A) Partant de la brèche au-dessous de l'orbiculaire, tracez à droite et à gauche une incision qui devra être presque parallèle à ce qui reste de pourtour buccal (elle s'en éloigne très légèrement en même temps qu'elle s'éloigne de son point de départ). Vous avez ainsi deux lambeaux, un droit et un gauche, que vos incisions auront libérés sur une assez grande longueur, pour leur permettre de se rejoindre l'un l'autre.

Ces lambeaux ont trois bords :

— L'un, à l'extrémité libre, est la tranche de section due à l'exérèse;

— Le second, en rapport avec l'orifice buccal n'est autre que l'ourlet muqueux normal;

— Le troisième, dû à votre dernière incision, est curviligne.

Entre les deux derniers, c'est-à-dire dans la hauteur du lambeau devra être comprise toute l'épaisseur du muscle orbiculaire;

B) Suturez ensemble les deux extrémités libres des lambeaux, vous reconstituez ainsi l'orifice buccal garni partout de lèvre saine;

c) Quelques derniers points de suture solidarisent cette lèvre nouvelle aux tissus environnants (menton ou joue). Toutes les réunions peuvent être faites au fil de lin; il n'est pas nécessaire de suturer séparément la muqueuse et la peau. Des points pénétrants ont même l'avantage d'assurer l'hémostase. Saupoudrez de dermatol. Tout pansement est inutile.

**Suites opératoires. Alimentation.** — Il serait prudent d'isoler le malade pendant deux ou trois jours pour le condamner au mutisme. Cet isolement dont bénéficient toutes les opérées du service des femmes est actuellement impossible au pavillon des hommes. D'ailleurs, un de nos opérés, le père Benoit, d'une faconde intarissable, n'a pas cessé de discourir dans les jours qui ont suivi son intervention et n'a présenté aucun accident.

L'alimentation, liquide au début, est bientôt régie, moins par l'état de la bouche que par l'état du malade; dans la majorité des cas, on se trouve en présence de gens âgés, plus ou moins débilités, quelquefois cachec-

tiques; il faut veiller à leur fournir une alimentation substantielle.

Les fils de suture peuvent être tous enlevés vers le huitième jour.

**Critique.** — Nous l'avons dit, ce procédé nous semble remplir toutes les conditions que nous avons mises en lumière et formulées plus haut (chapitre III).

Il importe particulièrement de remarquer que chez les opérés du Professeur Monprofit, la nouvelle bouche est partout bordée de l'ourlet vermeil normal.

La restauration des muscles labiaux est aussi complète que la restauration muqueuse. L'orbiculaire reconstitué tout autour de l'orifice buccal reprend sa fonction. Le malade conserve sa salive et retient tous les liquides.

Pour se faire une juste idée de la valeur du procédé, il importe de revoir le malade à quelques jours de l'opération. La bouche qui paraissait trop petite au début, s'élargit par la suite. Grâce à l'élasticité et à la souplesse des tissus qui l'entourent, elle ne tarde pas à devenir très suffisante.

---

## CHAPITRE V

### OBSERVATIONS

#### I

François B..., cultivateur, 70 ans, entre à la clinique chirurgicale le 26 février 1920, pour une petite grosseur qu'il porte à la lèvre inférieure et qui, sans être douloureuse, est déjà gênante.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels. Cet homme est ordinairement bien portant, n'a jamais eu de maladie grave, pas d'affection vénérienne, c'est un fumeur habitué.

Il y a dix-huit mois, en se rasant, le malade se coupe au niveau de la commissure droite; la plaie s'infecte, puis traitée par des pommades, se ferme au bout de 15 jours.

Il y a quatre mois, au même endroit, apparaît une petite saillie blanchâtre qui ne tarde pas à s'ulcérer, donnant issue à un mélange de sang et de pus. Cette ulcération suintante se recouvre de bourgeons charnus, en même temps qu'elle s'étend, de proche en proche, à toute la lèvre inférieure.

Actuellement (26 février 1920), on constate la présence d'un épithélioma d'aspect grisâtre avec plaques roses et brunes; il est ulcéré et divisé par un sillon médian en deux masses ayant chacune le volume d'une noix. Il a envahi en largeur tout le bord libre, en hauteur un centimètre et en profondeur toute l'épaisseur de la lèvre. Cependant, il est encore possible de déverser la lèvre qui n'a contracté aucune attache au maxillaire inférieur. La démarcation paraît aisée entre le tissu infiltré et le tissu sain.

Pas de douleur à la palpation, mais le malade est très gêné, ne pouvant introduire dans sa bouche ni cuillère ni fourchette.

La lèvre supérieure est saine.

Pas d'adénopathie.

**Le 28 Février on intervient :** anesthésie au chloroforme. Ablation large de la tumeur, sans se préoccuper de la façon dont on pourra combler la brèche, puis réfection de l'orifice buccal avec la lèvre supérieure détachée à droite et à gauche, suivant le\* procédé Monprofit.

L'orifice buccal est alors très rétréci : une cigarette tout au plus pourrait s'y engager. Le malade est nourri avec un biberon bec-de-canard.

Le septième jour, la cicatrisation est complète; ablation des fils de suture. On introduit facilement un pouce dans la bouche. Deux doigts peuvent y passer le quinzième jour, lorsque le malade quitte l'Hôtel-Dieu. La phonation et la mastication des aliments ne sont pas du tout troublés.

## II

Bênoît, vigneron, 70 ans. Entré à la clinique chirurgicale le 18 mars 1920.

Il y a vingt ans, en le rasant, son coiffeur lui fit une plaie de deux centimètres de longueur au niveau de la lèvre inférieure, près de la commissure gauche.

Depuis cette époque, existait au même endroit une petite nodosité, du volume d'un pois, qui de temps en temps se recouvrait d'une croûte grisâtre.

Il y a cinq mois et demi, accroissement rapide de cette nodosité qui se creuse, puis finit par s'ulcérer (il y a trois mois).

Bênoît est en bon état général, il a toujours joui d'un bon appétit. Depuis longtemps, il affectionne beaucoup une courte pipe en terre.

Sur sa lèvre inférieure, immédiatement en dedans de la commissure gauche déjà infiltrée, on voit une grosseur, de la taille d'une noix, dont les bords violacés surélevés, entourent une dépression en cupule, d'où suinte un liquide sanieux. Cette grosseur repose sur une base indurée. A son niveau, le bord libre est détruit et la muqueuse endo-buccale a perdu sa souplesse.

On perçoit à gauche de nombreux ganglions sous-maxillaires douloureux à la palpation.

**Opération, 23 Mars.** — Anesthésie générale au chloroforme. En même temps que le cancroïde, on enlève tous les tissus qui ne paraissent pas sains. La lèvre et la commissure sont restaurés par le procédé

du Professeur Monprofit. Puis, on enlève la glande sous-maxillaire et les ganglions qui l'entourent.

*Le 30 Mars.* — La plaie a bon aspect, l'orifice buccal est pourvu partout de muqueuse, les fils sont retirés, le malade s'alimente bien.

*Le 6 Avril.* — La cicatrisation est achevée; la commissure primitivement reportée en dedans reprend sa place.

*Revu le 13 Mai.* — Le malade ouvre bien la bouche : il parle et mange sans aucune difficulté.

### III

M<sup>me</sup> G..., âgée de 75 ans.

Depuis cinq ans, présente à la partie moyenne du bord libre de la lèvre inférieure une petite ulcération traitée par des moyens empiriques.

Depuis cinq mois, l'ulcération s'est transformée en une excroissance qui a envahi presque toute la lèvre.

Cette tumeur bourgeonnante, irrégulièrement mamelonnée, est recouverte de croûtes brunâtres qui, soulevées, laissent sourdre un liquide sanieux.

L'épithélioma a respecté la muqueuse, mais il a détruit en partie le bord libre et empiète sur le revêtement cutané du menton.

Au niveau des commissures, la lèvre est demeurée saine sur une longueur de 1<sup>cm</sup> à droite et de 1<sup>cm</sup> 1/2 à gauche. Ces dimensions sont prises pendant que la lèvre est tendue au maximum par écartement des deux commissures.

Pas d'adénopathie apparente.

**Intervention :** 15 Octobre 1920. — Exérèse de la tumeur par trois incisions linéaires. Deux incisions perpendiculaires au bord libre sont pratiquées en tissu sain : l'une à 5 millimètres de la commissure droite, l'autre à 1 centimètre de la commissure gauche. Une troisième incision réunit l'extrémité inférieure des deux précédentes et complète l'ablation de la tumeur.

Ces incisions sont faites aux ciseaux et comprennent toute l'épaisseur des tissus. — Hémostase.

Au moyen d'une incision curviligne partant de chacun des angles inférieurs de la plaie et se dirigeant du côté du sillon naso-génien correspondant en contournant la commissure, le chirurgien détache les deux lambeaux qui lui serviront à refaire une lèvre inférieure bordée de muqueuse.

Les deux lambeaux sont rapprochés et réunis par trois solides fils de lin qui en traversent toute l'épaisseur. Au niveau du rebord muqueux, l'affrontement est fait au catgut fin.

Trois nouveaux points de suture au fil de lin complètent en bas la fermeture de la plaie opératoire.

Pas de pansement; on se contente de saupoudrer la ligne de suture avec un peu de poudre d'aristol.

Suites opératoires normales.

L'opérée est revue le 22 novembre. Elle n'est nullement défigurée. L'aspect de la bouche est normal; la nouvelle lèvre remplit bien son rôle.

---



## CONCLUSIONS

---

1<sup>o</sup> La cheiloplastie a des règles impérieuses que nous avons formulées page 21 et suivantes;

2<sup>o</sup> Le procédé du Professeur Monprofit les observe toutes. Il est d'une remarquable simplicité, puisqu'il ne nécessite que deux incisions, même lorsqu'on lui demande de restaurer une lèvre entièrement détruite.

La nouvelle lèvre, bien nourrie, bien musclée, pourvue de muqueuse à sa face endo-buccale et à son bord libre, n'a aucune tendance, ni à l'adhérence, ni à la ptose. Elle joue parfaitement son rôle;

3<sup>o</sup> Le procédé du Professeur Monprofit est le procédé de choix pour tous les cas de la pratique courante.

VU : *Le Doyen* ,

ROGER.

VU : *Le Président de Thèse*,

SEBILEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur de l'Académie de Paris*,

APPELL.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- Celse*. — De re medica (liber VII, chap. IX).
1561. — *Franco*. — De la cure des lèvres fendues (*in* Traité des Hernies).
1597. — *Tagliacozzi*. — De chirurgica curtorum per incisionem.
1789. — *Chopart*. — Œuvres chirurgicales.
- 1827-28. — *Roux*. — La clinique des hôpitaux et de la ville (p. 204).
1828. — *Delpech*. — Clinique chirurgicale de Montpellier (tome II).
1828. — *Roux* (de Saint-Maximin). — Revue médicale de Paris (tome I, p. 30).
1828. — *Burin*. — Du cancer de la lèvre inférieure. (th. Montpellier).
- 1829-1834. — *Dieffenbach*. — Chirurgische Erfahrungen.
1832. — *Dupuytren*. — Leçons orales de chirurgie clinique.
1835. — *Serre M.* — Perfectionnement important apporté à la cheiloplastie (Bull. gén. de thérap., VII, 148).
1836. — *Blandin*. — De l'autoplastie (thèse de concours).
1836. — *Voisin* (de Limoges). — Gazette médicale de Paris (p. 669).
1839. — *Philips*. — Lettre chirurgicale à Dieffenbach.
1840. — *Lisfranc*. — Storia di cheiloplastia eseguita (Giorn. d. Sc. méd., Torino).
1840. — *Thomas*. — Journal des connaissances médico-chirurgicales (t. III, p. 269).
1841. — *Rigaud*. — Anaplastie des lèvres, joues et paupières (thèse de concours pour le professorat, Paris).
1842. — *Serre M.* — Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face (atlas de 30 planches).
1843. — *Zeis*. — Drei chirurgische Abhandlungen über die plastische chirurgie des Celsus (Dresden und Leipzig).
- 1844-1845. — *Mirault* (d'Angers). — Lettres à Malgaigne (*in* Journal de Chirurgie de Malgaigne).
1846. — *Syme J.* — On restoration of the upper an lower lips (Mouth. Journ. of méd. Sc., t. VII, p. 641).
1846. — *Rigal* (de Gaillac). — Journal de Chirurgie de Malgaigne (p. 215).
1848. — *Sédillot*. — Nouveau procédé de cheiloplastie (*in* Gazette médicale de Paris, p. 7).
1849. — *Jobert* (de Lamballe). — Traité de chirurgie plastique (tome I, pp. 119 et 345).
1852. — *Bernard*. — Restauration de la lèvre inférieure à l'aide de lambeaux quadrilatères latéraux (*in* Scalpel, Liège, t V, p. 162).

1854. — Roux Ph.-J. — Quarante années de pratique chirurgicale (t. I. Chirurgie réparatrice).
1854. — Desgranges. — Mémoire sur la cheilostomatoplastie (in Gazette hebdomadaire, p. 956).
1855. — Alquié. — Bull. de la Soc. de Chirurgie (p. 137).
1858. — Guérin Alph. — Chirurgie opératoire (2<sup>e</sup> édition, p. 284).
1858. — Buchanan A. — On a method of restoring the lower lip after complete or partial recision in cases of extensive cancerous disease (in Glasgow, méd. Journal, t. VI, p. 420).
1860. — Sédillot. — Mémoire de la Société de Chirurgie.
1861. — Malgaigne. — Médecine opératoire (p. 473).
1861. — Viguié. — Essai sur quelques restaurations de la face (th. Montpellier).
1861. — Vidal (de Cassis). — Réparation d'une lèvre par emprunt à l'autre lèvre, procédé de Stein (in Traité de Path. externe, 5<sup>e</sup> édition, t. III, p. 559).
1863. — Denonvilliers Ch. — Bull. gén. de Thérap. (LXV, p. 257).
1864. — Guérin Alph. — Chirurgie opératoire (3<sup>e</sup> édition).
1866. — Verneuil. — Art. anaplastie (in Diction. encyclop. des Sc. médic.).
1868. — Sédillot. — Contribution à la chirurgie (t. II, p. 606).
1870. — Thomas. — Examen des principaux procédés de restauration de la lèvre inférieure (th. Montpellier).
1870. — Szymanowski. — Handbuch der praktischen chirurgie (p. 261).
1871. — Serre St-H. — Considération sur l'autoplastie en général et l'autoplastie labiale en particulier (th. de Montpellier).
1872. — Estlander. — Archiv. für klinische chirurgie (vol. XIV, fasc. 3<sup>e</sup>, p. 622).
1873. — Berger P. — In Revue des sciences médic. de Hayem (t. II).
1874. — Bouisson. — Art. cheiloplastie (in Dict. encyclop. des Sc. médic.).
1874. — Duthoye. — Etude sur la cheiloplastie (th. de Paris).
1875. — Follin et Duplay. — Traité élémentaire de pathologie chirurgicale (t. IV, p. 655).
1876. — Fleury. — Association française pour l'avancement des sciences (5<sup>e</sup> session, p. 837). Du cancer des fumeurs.
1877. — Trélat. — Bull. de la Soc. de Chirurgie (février, p. 170).
1877. — Saint-Martin. — De la restauration de la lèvre inférieure après l'ablation du cancroïde (th. de Paris).
1877. — Estlander. — Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie (p. 344 et sq.).
1880. — Peillon. — Du cancroïde des lèvres et de son traitement (th. Lyon).
1881. — Bernard. — Sur la restauration de la lèvre inférieure (th. Lyon).
1882. — Trombetta. — Giorn. internaz. dell. Sc. méd. (4<sup>e</sup> année, fasc. 3).
1883. — Imbert. — Etude sur la restauration de la lèvre inférieure, suivie de la description d'un nouveau procédé, pour refaire le bord libre au moyen d'un lambeau muqueux, en forme de pont (th. Lyon).
1885. — Lavis. — De la cheiloplastie par le procédé du pont sus-hyoïdien, avec ilot mentonnier d'arrêt, procédé d'Ollier (th. Montpellier).

1885. — *Grynfeldt* (de Montpellier). — Chirurgie clinique (procédé d'Estlander).
1888. — *Claoué*. — Etude sur l'opération cheiloplastique d'Estlander (th. Montpellier).
1889. — *Malgaigne* et *Le Fort*. — Manuel de médecine opératoire (p. 213).
1889. — *Friant*. — Quelques considérations sur la cheiloplastie (th. Nancy).
1893. — *Heurtaux*. — Description d'un procédé de restauration de la lèvre inférieure (Arch. provinciales de Chirurgie, t. II, p. 747).
1894. — *Berger*. — Huitième Congrès français de Chirurgie (p. 437).
1894. — *Larger* (de Maisons-Laffitte). — Bull. de la Soc. de Chirurgie (t. XX, p. 641).
1895. — *Audoucet*. — Autoplastie de la lèvre inférieure, essai d'un nouveau procédé (procédé Guinard) (th. Paris).
- 1896 (21 octobre). — *Larger*. — Résultats obtenus par la nouvelle méthode de cheiloplastie (10<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie, p. 302).
1897. — *Terrier*, *Guillemain* et *Malherbe*. — Chirurgie de la face (t. III, p. 170).
1898. — *Chalot*. — Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoires.
1898. — *Le Dentu* et *Delbet*. — Traité de chirurgie clinique et opératoire. Tumeurs malignes des lèvres (t. VI, p. 178).
1898. — *Faitout*. — Quelques observations d'autoplastie avec réflexions sur les méthodes employées (th. Paris).
1899. — *Fayt*. — De l'épithélioma de la lèvre inférieure (cheiloplastie, par le procédé de M. Larger) (th. Toulouse).
1900. — *Chalot*. — Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoires (4<sup>e</sup> édition, p. 844).
1900. — *Goris*. — Injections préventives de sérum anti-streptococcique avant les opérations intra-buccales (Annales de la Société belge de Chirurgie, p. 226).
1902. — *Morestin*. — Technique de l'ablation du cancer de la lèvre inférieure (Bull. et Mém. de la Société anatomique de Paris, p. 697).
1903. — *Morestin*. — 16<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie (pp. 121-132).
1903. — *Morestin*. — Bull. de la Soc. anatomique de Paris (novembre).
1903. — *Morestin*. — Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris (décembre).
1904. — *Athanasoff*. — Contribution à l'étude de la cheiloplastie inférieure et, en particulier, du procédé de Larger (th. Nancy).
1904. — *Willems*. — Injections préventives de sérum antistreptococcique avant les opérations intra-buccales (17<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie).
1905. — *Depage*. — La chirurgie réparatrice de la face. (Rap. au 18<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie).
1905. — *Morestin*. — 18<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie (pp. 1032-1062).
1905. — *Berger*. — La méthode italienne — méthode de Tagliacozzi — et ses applications aux restaurations faciales (18<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie).

1905. — *Girard Ch.* (de Genève). — A propos de cheiloplastie : deux cas de restauration par le procédé d'Estlander (18<sup>e</sup> Congr. français de Chirurgie, p. 1026).
1905. — *Grant W.* — Operation for cancer of the month (Jour. of the Amer. med. Assoc., XLV, pp. 962-970, 20 fig.).
1905. — *Sandelin.* — Deutsche Zeitschrift, f. chir. (Bd LXXVI, heft I, pp. 57 à 76).
1906. — *Ombredanne.* — Procédé d'exérèse du cancer de la lèvre inférieure (19<sup>e</sup> Congr. fr. de Chirurgie, pp. 788-794, 4 fig.).
1907. — *Nélaton et Ombredanne.* — Les autoplasties, lèvres, joues, etc.
1907. — *Mazeau.* — Essai sur le traitement du cancroïde de la lèvre inférieure (th. Paris).
1908. — *Monod et Vanverts.* — Traité de technique opératoire (2<sup>e</sup> édition, tome II).
1909. — *Doyen.* — Traité de thérapeutique chirurgicale et de Technique opératoire (tome II, pp. 310 et sq.).
1918. — *Dufourmental.* — Les déplacements tégumentaires par lambeaux à deux pédicules (in la Restauration maxillo-faciale. Alcan, édit.)
1918. — *Dufourmental et Bonnet-Roy.* — Chirurgie d'urgence des blessures de la face et du cou (Maloine, édit.).
1919. — *Dufourmental.* — Essai de reconstitution totale du massif maxillaire inférieur par des greffes cutanées, muqueuses et osseuses (in Revue maxillo-faciale, février et juillet, n<sup>o</sup> 3 et n<sup>o</sup> 7. Alcan, édit.).
1920. — *Sébileau P. et Dufourmental.* — Réfection de l'enroulement muqueux des lèvres (Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris, t. XLVI, n<sup>o</sup> 7, p. 292).
1920. — *Sébileau P.* — Deux cas de restauration complète des lèvres par lambeau bipédiculé (Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris, tome XLVI, n<sup>o</sup> 7, p. 301).
1920. — *Ombredanne.* — In Chirurgie réparatrice et orthopédique (C. R. O.) Tome I, pp. 458 et sq. (Masson, édit.).
1920. — *Dufourmental.* — Reconstitution du massif maxillaire inférieur, après destruction traumatique ou chirurgicale, partielle ou totale (in Journal de Chirurgie, juin. Masson, édit.).
1921. — *Dufourmental et Frison.* — Séquelles des blessures et accidents de la région maxillo-faciale (Baillière, édit.).









